

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ОБОСНОВАННОСТЬ ДИАГНОЗА ЮВЕНИЛЬНОГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА У ДЕТЕЙ

*Лялькова В. П., Валужина Л. А., Тихинькая Е. В., Боярина О. А.*

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов  
медицинский университет»*

**Введение.** Ювенильный ревматоидный артрит (ЮРА) – тяжелое воспалительно-деструктивное заболевание суставов детского возраста, нередко сочетающееся с системными проявлениями и приводящее к ранней инвалидизации.

Термин ЮРА впервые был введен в педиатрию I. A. Coss и R. H. Boots в 1946 году [3,5], поскольку ЮРА принципиально отличается от ревматоидного артрита взрослых носительством различных антигенов гистосовместимости у детей и взрослых, вариантами клинического течения артритов, присущих только детям, а также серонегативностью по ревматоидному фактору (РФ) у большинства больных детей.

Сходство клинических проявлений суставного синдрома у детей при ревматических заболеваниях, отсутствие четких критериев ЮРА привело к замене в большинстве европейских стран в 1978 году термина ЮРА на ЮХА (ювенильный хронический артрит), а в 1997 году на ЮИА (ювенильный идиопатический артрит) [3, 5].

В МКБ X пересмотра под термином ювенильный артрит (ЮА) в рубрике М08 и М09 объединены ЮРА и ЮА неуточненной нозологической принадлежности. Педиатры-ревматологи России и Беларуси по настоящее время преимущественно используют термин ЮРА [1,2,4].

**Целью** настоящей работы было изучить клинико-рентгенологические особенности течения ЮРА у детей, госпитализированных в ДОКБ г. Витебска в течение последних 5 лет и ретроспективно оценить обоснованность данного диагноза.

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением находилось 53 ребенка в возрасте от 2,5 до 15 лет с длительностью заболевания от 8 месяцев до 12 лет, которые неоднократно (от 3 до 6 раз в год) поступали в стационар с обострением суставного синдрома.

Среди наших больных преобладала суставная форма ЮРА, которая у большинства детей начиналась в 2-3-летнем возрасте, причем у 20 больных протекала в олигоартикулярной форме, у 27 - полиартикулярной, у 6 больных был поставлен диагноз аллергосепсиса Вислера-Фанкони. У одной больной хроническое течение полиартрита в первом дебюте сочеталось с симптомами хореи при отсутствии поражения сердца, РФ и данных за стрептококковую инфекцию.

Всем детям проводилось полное клинико-лабораторное обследование с включением УЗИ суставов и органов брюшной полости, доплер-эхокардиограммы, рентгенограммы органов грудной клетки и суставов, посевов на флору из зева и крови, при необходимости пункции костного мозга и ФГДС.

**Результаты и обсуждение.** Аллергосепсис Вислера-Фанкони наблюдался только у девочек пребуртатного возраста, который характеризовался длительной гектической лихорадкой, высыпаниями пятнисто-папулезной сыпи, выраженным синдромом Рейно, миокардиодистрофией, гепатолениальным синдромом, поли-

артралгией и преходящим экссудативным олигоартритом, который в дальнейшем трансформировался в рецидивирующий олиго- или полиартрит.

В анализе крови: гиперлейкоцитоз, нейтрофилез, СОЭ до 50-60 мм/ч, высокие титры IgG к вирусам простого герпеса и цитомегалии в реакции ИФА, нормальные показатели трансаминаз, отсутствие РФ, УЗИ суставов – синовит, на рентгенограммах – сужение суставной щели, остеопороз около пораженных суставов.

Наиболее тяжелое течение суставной формы ЮРА отмечалось у детей с выявленным в крови РФ (12 человек), причем чаще всего он был обнаружен у больных в возрасте 10-15 лет, обязательно при первом дебюте артрита, у 2 девочек в 2-летнем возрасте. Заболевание протекало как в форме полиартрита с поражением верхних и нижних конечностей, амиотрофией, так и олигоартрита (4 мальчика) с преимущественным поражением суставов ног. Но у всех больных, невзирая на проводимую терапию поражение суставов имело неуклонно-прогрессирующее течение с сужением суставной щели, эрозивно-деструктивными изменениями на рентгенограмме и развитием контрактур. У 6 из них выявлено поражение глаз в виде увеита с последующим развитием катаракты. Однако у одной девочки, которую наблюдаем в течение 4 лет, обострение заболевания проявляется увеличением РФ до 120-160 МЕ, СОЭ до 30-40 мм/ч, полиартралгией, но без изменений суставов на УЗИ и рентгенограммах.

У 35 больных с суставной формой ЮРА РФ не был выявлен. Однако суставной синдром часто рецидивировал, проявлялся внешней деформацией суставов, ограничением движений, мышечной атрофией. СОЭ до 30-40 мм/ч, умеренным лейкоцитозом, нейтрофилезом, высокими титрами IgG к вирусам простого герпеса и цитомегалии (у 17 детей). У 25 больных из зева высевался  $\beta$ -гемолитический стрептококк, при нормальных показателях АСЛ – 0 у 15 человек, повышенных от 500 до 1000 МЕ у 10.

При средней продолжительности болезни около 4,5 лет в этой группе грубые рентгенологические изменения в виде артрозов тазобедренных суставов выявлены у 2 больных, у остальных при обострении процесса на УЗИ диагностировался синовит, а на рентгенограммах расширение или сужение суставной щели с регионарным или распространенным остеопорозом.

**Выводы.** Таким образом среди наших больных преобладала суставная форма ЮРА. Наиболее тяжелое течение и инвалидизация детей отмечались при серопозитивном варианте болезни. Однако выявление РФ не является предиктором типичного течения данного заболевания. Системный вариант ЮРА был представлен только аллергосепсисом Вислера-Фанкони, отличительной чертой которого были относительная доброкачественность течения, отсутствие полисерозитов и прелубертатный возраст больных. Серонегативный вариант ЮРА, проявляясь выраженным клинико-лабораторным синдромом даже при рецидивировании процесса характеризовался минимальными рентгенологическими изменениями.

Учитывая отсутствие четких критериев РА в детском возрасте, преобладание серонегативных вариантов суставного и суставно-висцеральных синдромов с минимальными рентгенологическими изменениями при рецидивирующем процессе, а также целесообразность перехода на международный «язык» общения более правильно в диагнозе использовать термин ЮИА, тогда как при деформирующем процессе в суставах, выявленном РФ диагноз ЮРА обоснован.

Литература:

1. Алексеева, Е.И., Шахбазян, И.Е., Жлобина, Е.С. Факторы неблагоприятного прогноза и возможности его изменения средствами лекарственной терапии / Е.И. Алексеева, И.Е. Шахбазян, Е.С. Жлобина // Рос. педиатр. журнал. – 2003. - №4. - С.48-51.
2. Батян, Г.М., Кожарская, Л.Г. Диагностика и лечение системных заболеваний соединительной ткани у детей. Методическая рекомендация МЗ РБ.-Мн.- 2002.-С.17-26.
3. Кузьмина, Н.Н. Ювенильные хронические артриты (Терминологические и классификационные аспекты). Актуальные вопросы детской кардиологии на VIII Конгрессе педиатров России.-М.-2003.-С.21-24
4. Никишина, И.П. Дифференциальный диагноз ювенильных артритов. Актуальные вопросы детской кардиологии на VIII Конгрессе педиатров России.-2003.-С.113-220.
5. Cassidy, I T., Petty, R.E. Textbook of pediatric rheumatology -Toronto.-2002.-P.113-220.